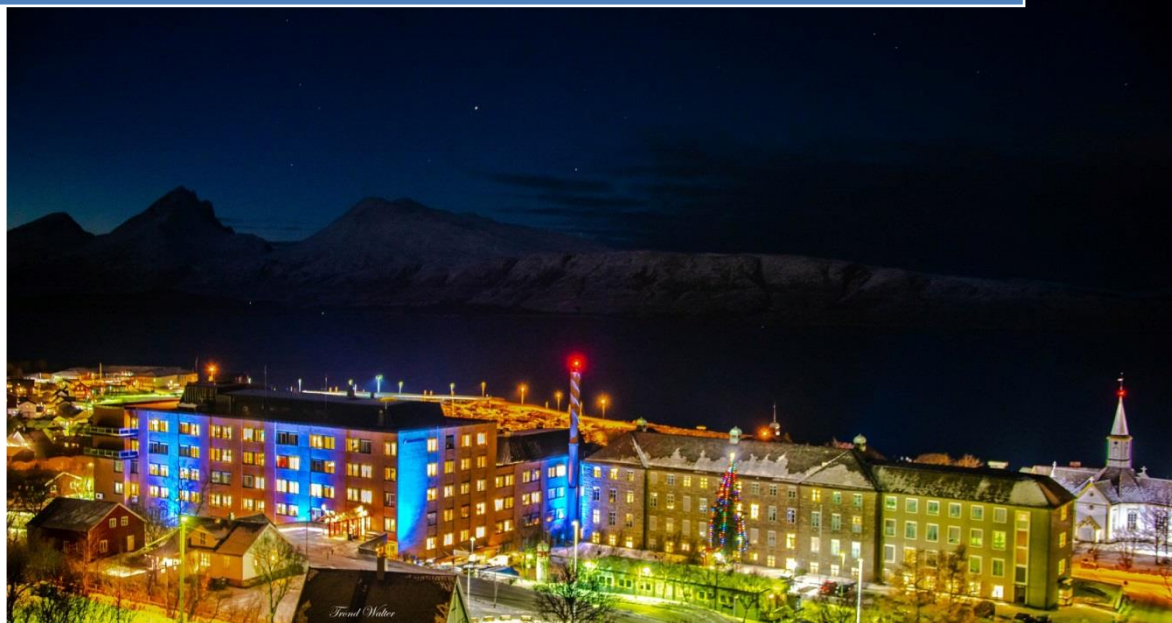


Helgelandssykehuset  
2025

# Høringsuttalelse til rapport fra Ekstern ressursgruppe



Avdelingsledere  
ved HSYK enhet  
Sandnessjøen

28. februar 2019

1	Innledning	2
2	Fagmiljø og aktivitet somatikk	4
2.1	Aktivitet somatikk	5
2.2	Aktivitet og kostnader	6
2.3	Ambulering 2018	7
2.4	Innleie fra vikarbyrå	8
3	Presentasjon av fagmiljøet i Sandnessjøen	9
3.1	Medisinsk område	9
3.2	Kirurgisk område	10
3.3	Oppsummering fagmiljø	12
3.4	Statistikk sykefravær	12
4	Pasienttransport på Helgeland	13
4.1	“Golden hour”	13
4.2	Luftambulanse	14
4.3	Teknologi	14
5	Fødetilbudet	15
5.1	Fødestuer	15
5.2	Følgetjeneste	16
5.3	Transportfødslar	16
6	Psykisk helse og rus	17
6.1	Døgntilbud	17
6.2	Akutt-tilbud	17
6.3	Ressurser	18
7	Kvalitet	19
7.1	Forbedringspriser	19
7.2	Kvalitetsregistre	19
7.3	Fristbrudd	19
8	Ansatte og reisetid til jobb	20
9	Befolkningsvekst, boliger og variert jobbmarked	21
10	Konklusjon	23
11	Kildehenvisninger	24
12	Vedlegg	25
13	Avsender og signaturer	28

## 1 Innledning

Vårt samlede inntrykk av den foreløpige rapporten fra Ekstern ressursgruppe er at den åpenbart er svært mangelfull som beslutningsgrunnlag i en så viktig sak som Helgelandssykehuset 2025. De ulike alternativene til sykehusstruktur anses ikke utredet i henhold til mandatet, og rapporten beskriver ikke samfunnsmessige konsekvenser. Rapporten sier ingenting om hvordan fødetilbudet skal organiseres eller hvilke konsekvenser en ny sykehusstruktur vil kunne få for mor/barn-tilbudet. Ressursgruppen sier heller ingenting om konsekvensene for pasienter innen psykisk helse- og rusomsorgen. Dette er sårbare grupper, og vi finner det kritikkverdig at de er utelatt i rapporten. Ressursgruppen har imidlertid viet større oppmerksomhet til en flyplass på Hauan som enda ikke eksisterer, og som ikke vil ha betydning for akutt-transport av pasienter eller pasientreiser internt på Helgeland.

*I anbefalingen av Mo i Rana som stedet for det store akuttpsykehuset, legger ressursgruppen avgjørende vekt på følgende forhold; størst fagmiljø, rekruttering, størst andel pasienter som når sykehuset innen 1 time og positiv befolkningsutvikling.*

**I en ideell verden kan man generalisere seg fram til en slik konklusjon. Når man kjenner til de faktiske forhold kan konklusjonen bli en annen. Vi er derfor uenige i at det store akuttpsykehuset kan eller bør plasseres på Mo i Rana, helt nord i regionen.**

Det er faktisk sann at over halvparten av befolkningen ikke er bosatt på Mo i Rana. Sykehuset må plasseres mer sentralt, slik at reiseveien for resten av befolkningen på Helgeland blir akseptabel. Dette handler om etikk og pasientsikkerhet.

Ressursgruppen påstår at Mo i Rana har det største fagmiljøet fordi det er flest ansatte der. Antall ansatte er definert som hvor mange som fikk utbetalt lønn i august 2018. Dette inkluderer lønn til ansatte som er sykemeldte og i svangerskapspermisjon, samt deres vikarer. Størrelsen på et fagmiljø kan ikke måles i antall ansatte alene. Derimot vil antall fast ansatte spesialister, bredden av spesialister og stabiliteten av spesialister si noe om både størrelse og robusthet ved et fagmiljø. Effektivitet og utnyttelse av ressursene spiller også inn.

**Sykehuset i Sandnessjøen har et svært solid og bredt fagmiljø. Vi har flest fast ansatte spesialister, lavere sykefravær og betydelig mindre innleide ressurser fra vikarbyrå enn Mo i Rana. Vi har høyere aktivitet og leverer ambulante tjenester i langt større grad enn Mo i Rana. Til tross for at Sandnessjøen er en mindre by enn Mo i Rana har vi vesentlig bedre rekruttering.**

Helgeland er et utfordrende område for pasienttransport. Folk bor spredt og værforholdene begrenser bruken av luftambulansse. Ressursgruppen undervurderer disse utfordringene. Rapporten foreslår at luftambulansen skal frakte pasienter i hele regionen og på den måten minske de lange avstandene. Det er dokumentert at regulariteten for luftambulansen på Helgeland er så lav som 20-30 % i flere måneder av året. Problemet er størst ved flyging over innlandet. Ressursgruppen trekker frem kompenserende tiltak som planlagt avisingsutstyr på redningshelikopteret til 330-skvadronen. Redningshelikopterets hovedoppgave er søk og

redning, og inngår ikke i sykehusets primærressurser. Det er ikke praktisk mulig med avisingsutstyr på ambulanshelikopteret i Brønnøysund.

**Dette innebærer at pasientene må fraktes med bil og båt. Det vil gi store deler av befolkningen uakseptabel lang reisevei (opptil 4 timer) ved plassering av sykehuset helt nord i regionen.**

Ressursgruppen trekker frem at etablering av nye DMS vil kompensere for lang reisevei til akutt sykehuset. Det er misvisende å fremstille DMS som et slags minisykehus. Det er ikke planlagt akutfunksjon utover den kommunale legevakten i DMS. Det er heller ikke utredet hvordan man tenker å rekruttere spesialister til å jobbe på 3 DMS-er som følge av et akutt sykehus på Mo i Rana. Dersom akutt sykehuset legges mer sentralt i regionen, sør for Korgfjellet, vil man kunne redusere antall DMS. Hvis man velger 2 DMS; i Brønnøysund og Mo i Rana, er det kun Rana som har befolkningsstørrelse som tilsier drift av DMS på linje med sykestua i Alta (nær sykehus). På den måten vil et stort DMS i Rana kunne ivareta den akuttmedisinske beredskapen, beholde mange arbeidsplasser og beholde fagfolk.

Spesialistene vil uansett få kortere reisevei til DMS fra en mer sentral plassering. Ambulering er en frivillig ordning for legene. Jo mer ambulering og lengre avstander, jo mindre attraktivt for rekruttering. Ressursgruppen erkjenner at plassering av akutt sykehuset på Mo i Rana vil føre til pasientlekkasje i sør-kommunene, men de vurderer ikke konsekvensene for hverken det lokale foretaket eller regionens universitetssykehus.

**Et felles akutt sykehus må plasseres mer sentralt i regionen for å gi et likeverdig helsetilbud til alle innbyggerne på Helgeland.**

**Et felles akutt sykehus bør bygges videre på det solide og brede fagmiljøet i Sandnessjøen. Sykehuset må plasseres kystnært, sør for Korgfjellet.**

## 2 Fagmiljø og aktivitet somatikk

I rapporten fra ressursgruppen legges avgjørende vekt på fordelene ved å etablere et felles akuttsykehus nær det største fagmiljøet:

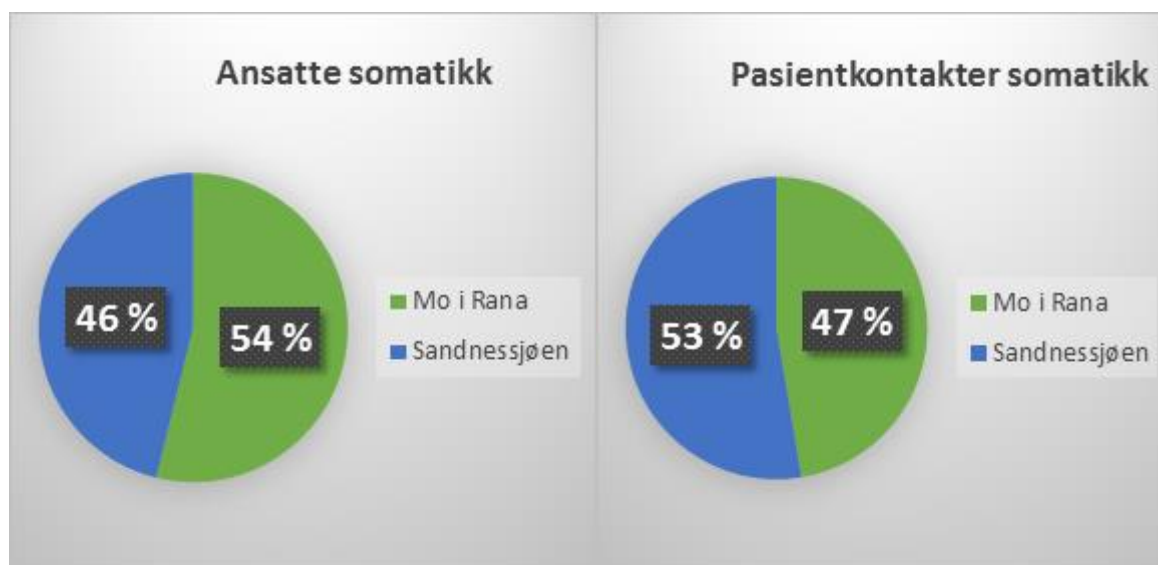
*«Det er minst risiko knyttet til sårbarhet i interimperioden frem til nytt sykehus står ferdig og med tanke på å trygge tilgangen på gode faglige ressurser ved oppstart i nye fasiliteter, ved å velge en etablering av stort akuttsykehus ved det største fagmiljøet. Det største fagmiljøet er i Mo i Rana».(1)*

I rapporten legges det til grunn at Mo i Rana har det største fagmiljøet fordi det er flest ansatte der. Antall ansatte er definert som hvor mange som fikk utbetalt lønn i august 2018. Dette inkluderer også lønn til ansatte som er sykemeldte og i svangerskapspermisjon, samt deres vikarer. Etter som Sandnessjøen har 32 % lavere sykefravær enn Mo i Rana bidrar dette til "flere ansatte". Eller hvis man snur på det, så har Mo i Rana 46 %\* høyere sykefravær enn Sandnessjøen. (\* Sykefravær: SSJ 5,8 % og Mo 8,5 %. Differansen på 2,7 % tilsvarer 46 % mer på Mo enn i SSJ.)

Den største svakheten med rapporten er at den baserer seg på generalisering. Det er ikke redegjort for en konkret vurdering av fagmiljøene ved noen av sykehusenhetene i Helgelandssykehuset. Størrelsen og kvaliteten på et fagmiljø kan ikke måles i antall lønnede ansatte og vikarer slik det er gjort her. Derimot vil antallet fast ansatte spesialister, bredden og stabiliteten av spesialister si noe om både størrelse og robusthet ved et fagmiljø.

**Sykehuset i Sandnessjøen har et svært solid fagmiljø. Vi har flere fast ansatte spesialister, mye lavere sykefravær og betydelig mindre innleide ressurser fra vikarbyrå enn Mo i Rana. Vi har høyere aktivitet og leverer ambulante tjenester i langt større grad enn Mo i Rana.**

Figurene under viser tydelig at til tross for at Mo i Rana har flere ansatte enn Sandnessjøen, er det høyere aktivitet i Sandnessjøen.

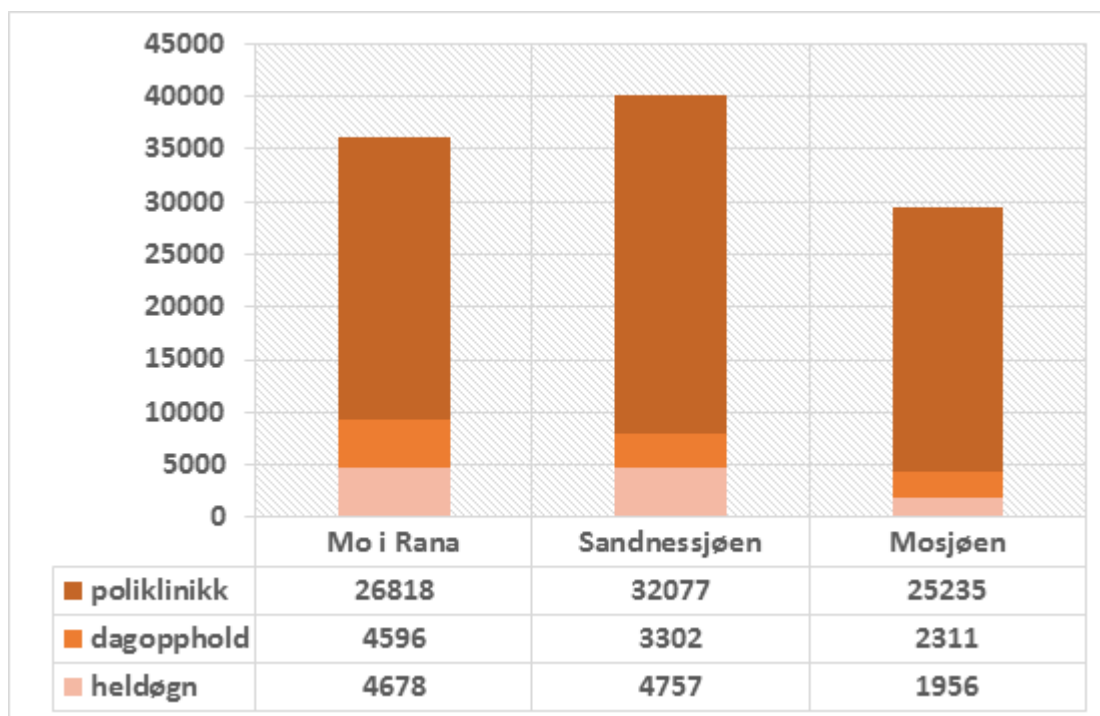


Kilde figur 1: [Helgelandssykehuset.no/2025/ekstern-ressursgruppe/supplerende-dokumentasjon/antall-ansatte](https://helgelandssykehuset.no/2025/ekstern-ressursgruppe/supplerende-dokumentasjon/antall-ansatte)

Kilde figur 2: [Helgelandssykehuset.no/Aktivitetsdata HSYK 2018](https://helgelandssykehuset.no/Aktivitetsdata-HSYK-2018)

## 2.1 Aktivitet somatikk

Aktivitetsdata viser at HSYK enhet Sandnessjøen i 2018 behandlet over 4000 flere pasienter enn enhet Mo i Rana. Sammenlagt med Mosjøen er aktiviteten sør for Korgfjellet nesten dobbelt så stor som i nord.



Kilde: Helgelandssykehuset.no/aktivitetsdata HSYK 2018

En del av den polikliniske aktiviteten utgjøres av ØNH, pediatri og fysikalsk medisin som er funksjonsfordelt til Sandnessjøen, men tilsvarende har Mo i Rana poliklinisk aktivitet knyttet til ortopedi og revmatologi. For Mosjøen gjelder det funksjonene hud, øye og urologi.

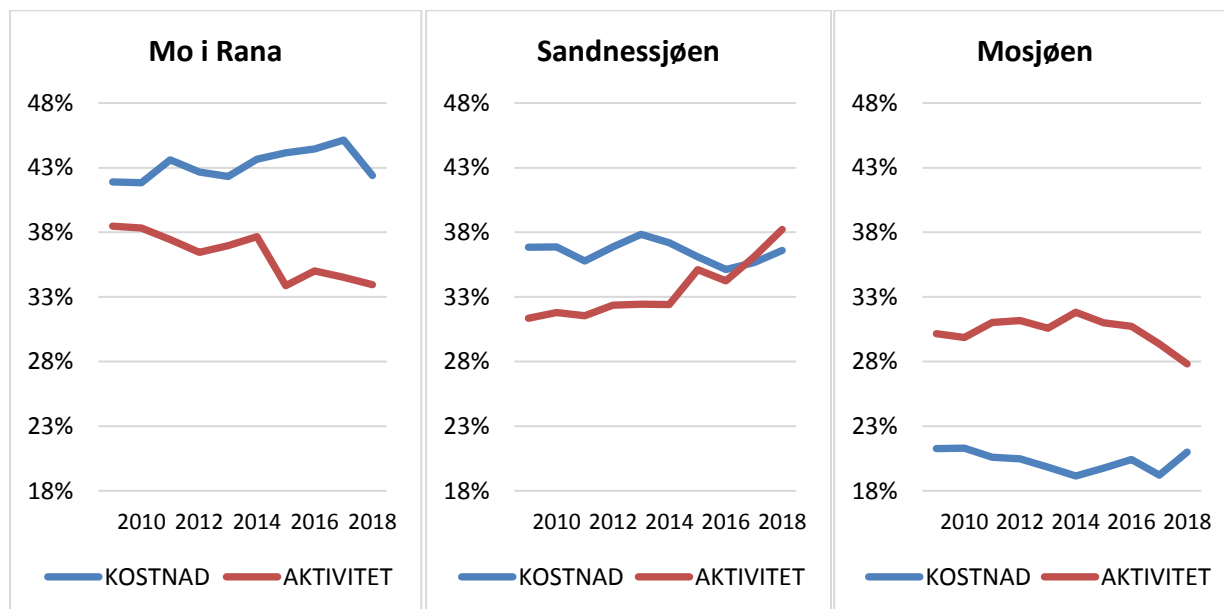
Vi har tatt ut rapporter fra Dips for å se om det er noen forskjell i aktivitet på de fagområder som ikke er funksjonsfordelt. Tabellen under viser et utvalg vanlige prosedyrer som utføres på begge enheter. Sandnessjøen ligger langt høyere enn Mo i Rana. Tall fra 2018.

Prosedyrer	Sandnessjøen	Mo i Rana
<b>EKKO-cor</b>	1829	969
<b>AEKG</b>	601	338
<b>TEE</b>	54	3
<b>Bronkoskopi</b>	51	28

Kilde: Dips

## 2.2 Aktivitet og kostnader

Grafene under viser hver sykehusenhet i HSYK sin %-andel av total aktivitet og %-andel av total kostnad i HSYK innen somatikk de 10 siste årene. Framstillingen visualiserer at sykehusenhetene har ulik utvikling og korrelasjon mellom andel aktivitet og andel kostnader.



Kilde: Helgelandssykehuset. Aktivitetsdata og regnskapstall for kirurgisk og medisinsk område.

For Sandnessjøen har den somatiske aktiviteten i form av pasientkontakter vært økende de siste årene, og enheten har per i dag størst aktivitet i HSYK. Noe av økningen skyldes at akuttkirurgi i Mosjøen sitt nedslagsområde ble overført til Sandnessjøen for noen år siden.

Som nevnt har Sandnessjøen økt sin andel aktivitet, men som det fremgår har ikke andelen av kostnader økt tilsvarende. Mosjøen har holdt en relativt stabil korrelasjon mellom andel aktivitet og kostnadsnivå, mens Mo i Rana har fått gradvis lavere andel aktivitet samtidig som andel kostnader har økt. Noe av årsaken kan tilskrives hvordan budsjettmidlene fordeles til enhetene, hvor Mosjøen og Sandnessjøen har vært nødt å gjennomføre effektiviseringstiltak mens dette ikke har vært tilfelle for Mo i Rana.

Resultatet er at Sandnessjøen per i dag driver et sykehus med lavere bemanning og lavere kostnader enn Mo i Rana. Akuttberedskapen er den samme, med unntak av at Mo i Rana i tillegg til generell kirurg har ortoped i vakt, men ikke som et eget vaksjikt. Mo har 69 senger og Sandnessjøen har 62 senger, en differanse på kun 7 senger.

Mo i Rana har flere ansatte, men for somatikk dette gjelder pleie- og støttepersonell og ikke leger. Ressursgruppen ser ikke ut til å ha sammenlignet andre relevante parametere enn antall ansatte og hvor mange som mottar lønn, som nevnt inkludert vikarer. Økonomi og effektivitet er underliggende faktorer. En av årsakene som ligger bak ønsket om ny sykehusstruktur på Helgeland er nettopp en mer kostnadseffektiv drift, slik det allerede er i Sandnessjøen og i Mosjøen.

Sykehusøkonomi er i stor grad er styrt av tildelte budsjetter. Overskudd mot budsjett kan derfor ikke automatisk og utelukkende tilskrives god drift. Eksempelvis er det et paradoks at enhet Mo i Rana har lang tradisjon for overskudd til tross for både høyest sykefravær og høyest innleiekostnad i HSYK. Hvis man ser nærmere på regnskapet, så ser man også at mens Sandnessjøen har budsjettbalanse for området Psykisk helse og rus, så har Mo flere millioner i overskudd i form av ubrukte lønnsmidler til vakante stillinger. Vi mener derfor det er viktig å nyansere bildet både når det gjelder antall ansatte og overskudd mot budsjett.

For ordens skyld vil vi nevne at driftsøkonomi ikke omtales i rapporten fra Ekstern ressursgruppe, men det ser ut til at en del andre hørings svar trekker frem dette som en faktor, derfor ønsker vi å kommentere det fra vårt ståsted.

### 2.3 Ambulering

Oversikten nedenfor viser utført ambulering innenfor og ut fra Helgelandssykehuset i 2018. Det er påfallende at det angivelig minste sykehuset (Sandnessjøen) er den enheten som leverer desidert mest tjenester til de øvrige enhetene i Helgelandssykehuset, til Brønnøysund og til rehabiliteringssenteret på Sømna.

	Fra Sandnessjøen	Fra Mo i Rana
346 dager	Til Brønnøysund, Mo i Rana, Mosjøen, Sømna rehabilitering	Til Mosjøen og Sandnessjøen
	Kardiologi, lunge, nyre, kirurgi, gynekologi, rtg, ØNH, pediatri	Kun ortopedi
	Reisetid 935 timer	Reisetid 143 timer
	231 overnattinger	Ingen overnattinger
		88 dager

Kilde: Helgelandssykehuset

Ressursgruppen legger opp til utstrakt ambulering for legespesialistene med opptil 3 DMS. Ved en eventuell plassering av nytt stort akuttsykehus på Mo i Rana blir avstanden til DMS Brønnøysund betraktelig mye lenger enn fra Sandnessjøen, og ambulering vil bli langt mer tidkrevende enn i dag. Det vil tappe akuttsykehuset for legeressurser dersom de skal ambulere til 3 DMS. Ambulering er frivillig og arbeidsgiver kan ikke pålegge legene å ambulere. I rekrutteringsøyemed er det lite attraktivt å tilby stillinger med delt arbeidssted.

Ambulering til Sør-Helgeland fra Mo i Rana har vært svært lav over flere år. Som følge av funksjonsfordelingen skal ortoped fra Mo i Rana ambulere til de andre enhetene, inkludert poliklinikken i Brønnøysund. Denne tjenesten har hatt svært lav frekvens og har stort sett vært



dekket opp av innleide vikarer. Dette illustrerer at ambulering fra Mo i Rana til Sør-Helgeland er utfordrende med bakgrunn i lange avstander.

HSYK har også en avtale om levering av legespesialister til Helgeland Rehabilitering i Sømna kommune (HRIS). Historiske data viser at det er Sandnessjøen sine spesialister som i hovedsak stiller opp i henhold til avtalen.

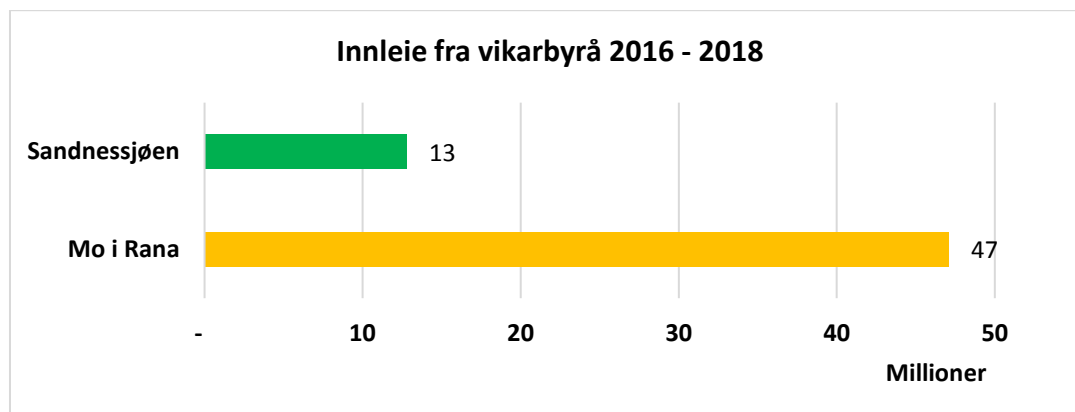
Tabellen under viser hvor mange dager per år leger fra hver av enhetene har vært på Sømna:

HRIS	Sandnessjøen	Mo i Rana
2016	16	4
2017	14	4
2018	17	0

Kilde: Helgelandssykehuset

## 2.4 Innleie fra vikarbyrå

Diagrammet under viser kostnader til innleide ressurser fra vikarbyrå i perioden 2016 - 2018. I løpet av en 3 års periode har Mo i Rana benyttet innleie fra vikarbyrå for over 47 millioner kroner. Til sammenligning er summen 12,8 millioner i Sandnessjøen. Differansen er over 34 millioner kroner.



Kilde: Helgelandssykehuset

Dersom vi regner med alle vikarutgifter i samme periode, ikke bare fra byrå, er beløpet 139 millioner på Mo i Rana og 70 millioner i Sandnessjøen.

### **Sykehuset i den største byen har altså størst behov for innleide vikarer fra vikarbyrå.**

Mo i Rana har over lang tid hatt problemer med stabilitet og å få besatt ledige stillinger for legespesialister og sykepleiere. Det høye sykefraværet bidrar også til innleide vikarer. Ressursgruppen har lagt avgjørende vekt på at Mo i Rana er den største byen og dermed vil ha lettest for å rekruttere fagfolk. Dette stemmer ikke med dagens situasjon og vi ser at sykehuset som ligger i den største byen har færrest legespesialister, dårligst stabilitet og høyest innleie fra vikarbyrå.

**Dette viser at ressursgruppens teori "størst by rekrutterer best" ikke stemmer. Det gjør også at et av hovedargumentene for å plassere akuttsykehuset i Mo i Rana fremstår som påfallende svakt.**

### 3 Presentasjon av fagmiljøet i Sandnessjøen

**Helgelandssykehuset som helseforetak har seksjonert flere funksjoner slik at sykehusene har noe ulike arbeidsoppgaver. ØNH, pediatri og rehabilitering er funksjonsfordelt til Sandnessjøen. Ortopedi og revmatologi er funksjonsfordelt til Mo i Rana.**

**De funksjonsfordelte fagene kan ikke brukes til å sammenligne sykehusene, ettersom de både er forskjellige og funksjonsfordelte. Det blir som å sammenligne epler og pærer.**

**For de øvrige fagene som er felles for begge sykehusene; indremedisin, generell kirurgi, gynekologi, anestesi og radiologi, utmerker Sandnessjøen seg ved å ha flere fast ansatte spesialister (med godkjent spesialistutdanning) og større bredde i grenspesialitetene. På bakgrunn av dette har HSYK Sandnessjøen kunnet søke om godkjenning innenfor mange fagområder i den nye spesialistutdanningen.**

#### 3.1 Medisinsk område

##### 3.1.1 Kardiologi

Medisinsk avdeling SSJ har 3 fast ansatte overleger som er spesialister i kardiologi, i tillegg til en spesialist i indremedisin som snart er godkjent spesialist i kardiologi. Avdelingen har en meget solid kardiologikompetanse.

Kardiologene i SSJ er de eneste i Helgelandssykehuset som legger inn pacemaker. Våre kardiologer har også betydelig kompetanse på TEE/transøsofagus-EKKO, og bistår de andre enhetene i Helgelandssykehuset med denne prosedyren ved behov. Vi har også kardiolog med kompetanse på stress-EKKO. Vi har kardiologipoliklinikk i Brønnøysund 3 dager/uke. Vi leverer kardiolog til rehabiliteringssenteret på Sømna flere ganger i året og vi arrangerer både hjerteskoole og hjertetreningsskoole.

*Mo i Rana har 2 spesialister i kardiologi.*

##### 3.1.2 Lungemedisin

Medisinsk avdeling SSJ har 1 fast ansatt overlege som er spesialist i lungemedisin og har PhD (tema lungekreft). En annen overlege vil få godkjent spesialistutdanning som lungelege i løpet av 2019. Avdelingen har en meget solid lungemedisinsk kompetanse. Vi er det eneste sykehuset i Helgelandssykehuset, og det eneste lokalsykehuset i hele Nordland fylke, som gjør UL/CT-veiledet lungebiopsi. Her gjennomfører vi (med unntak av EBUS som gjøres ved Nordlandssykehuset) all utredning av lungekreft og vi er den eneste avdelingen som gjennomfører staging av lungekreft.

Vi leverer også, som den eneste avdelingen i Helgelandssykehuset, lungelege til rehabiliteringssenteret på Sømna flere ganger per år.

*Mo i Rana har 1 spesialist i lungemedisin.*

### **3.1.3 Nefrologi**

Medisinsk avdeling SSJ har 1 fast ansatt overlege som er spesialist i nefrologi som også er i gang med PhD. Dette er den eneste nefrologen i hele Helgelandssykehuset. Vår nefrolog betjener i tillegg poliklinikk og dialyse i Brønnøysund.

*Mo i Rana har ingen spesialister i nefrologi.*

### **3.1.4 Gastroenterologi**

Medisinsk avdeling har 1 fast ansatt overlege som er spesialist i gastroenterologi. Vår gastroenterolog driver skopi-laben i samarbeid med kirurgiske leger. Det har vært en stor økning i antall endoskopiske undersøkelser de siste årene grunnet effektivisering på skopi-laben. I 2018 skoperte vi også en del pasienter for Mo i Rana.

*Mo i Rana har ingen spesialister i gastroenterologi.*

### **3.1.5 Indremedisin**

I tillegg til de nevnte grenspesialistene (som også er spesialister i indremedisin) har vi ytterligere 2 spesialister i indremedisin.

### **3.1.6 Radiologi**

Avdelingen i Sandnessjøen har 2 fast ansatte overleger som er spesialister i radiologi. Den ene overlegen bidrar med tolkning av MR undersøkelser ved Mo i Rana. Avdelingen har 2 LIS-3 i radiologi, og avdelingen er godkjent som utdanningsinstitusjon for inntil 3,5 år. Avdelingen gjør både CT- og ultralydveiledet biopsitaking.

### **3.1.7 Pediatri (funksjonsfordelt)**

Pediatrik poliklinikk har 3 fast ansatte overleger som er spesialister i pediatri. I tillegg er en lege i spesialisering med stipendordning ute i gruppe 1-tjeneste og vil være tilbake som spesialist i løpet av neste år. Avdelingen har stor poliklinisk virksomhet og utfører både EKKO og gastro-/koloskopi på barn. Pediatrik poliklinikk betjener hele Helgeland og ambulerer til både Brønnøysund og Mosjøen. Det er også planlagt ambulering til Mo i 2019.

*Pediatri ble funksjonsfordelt til SSJ som følge av rekrutteringsproblemet til Mo.*

### **3.1.8 Fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin (funksjonsfordelt)**

Seksjon for fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin har 2 fast ansatte overleger som er spesialister i rehabiliteringsmedisin. Seksjonen er godkjent utdanningsinstitusjon for 2 år. 2 LIS-3 er ute i spesialisering gruppe I og er ferdig i 2019 og 2020. Rehabiliteringsavdelingen har 5 senger og tar imot pasienter til kompleks rehabilitering. Avdelingen er den største rehabiliteringsavdelingen i Nordland. Det er stor poliklinisk virksomhet, blant annet med forskningsbasert aktivitet. I samarbeid med hudlege i Mosjøen tilbys lysbehandling ved seksjonen. I tillegg har avdelingen et ambulant team som dekker hele Helgeland. Nasjonalt er det stor mangel på spesialister i FMR. Ved å plassere sykehuset på Mo i Rana er det stor fare for at HSYK vil miste dette fagmiljøet ut av regionen.

## **3.2 Kirurgisk område**

### **3.2.1 Anestesi**

Seksjon for anestesi har 4 fast ansatte overleger som er spesialister i anestesiologi. En av anestesilegene er med på å betjene ambulanshelikopteret i Brønnøysund. Avdelingen har 2 ansatte LIS-3 og er godkjent utdanningsinstitusjon for 3 år. Anestesilegene deltar også i palliativt team.

*Mo i Rana har 2 spesialister i anestesiologi.*

### **3.2.2 Kirurgi**

Seksjon for kirurgi har 5 fast ansatte overleger som er spesialister i generell kirurgi. En av overlegene er også spesialist i gastrokirurgi, som den eneste i Helgelandssykehuset. Ytterligere en av generellkirurgene blir ferdig gastrokirurg i løpet av våren-19.

Det er 5 fast ansatte LIS-2 og det har vært stabil rekruttering over flere år av leger med lokal tilknytning. Seksjonen er godkjent utdanningsinstitusjon for 3,5 år for LIS-2.

Kirurgisk seksjon ambulerer til DMS i Brønnøysund flere dager per mnd.

Sykehuset er i dag et fullverdig akuttsykehus med traumemottak.

*Mo i Rana har også 5 spesialister i generell kirurgi, ingen spesialister i gastrokirurgi.*

### **3.2.3 Føde-/gynekologi**

Seksjonen har 4 fast ansatte overleger som er spesialister i gynekologi. Det er 2 fast ansatte LIS-3. Seksjonen ambulerer til både Brønnøysund og Mosjøen. Avdelingen har nært samarbeid med Ullevål sykehus om laparoskopi.

*Mo i Rana har 3 spesialister i gynekologi.*

### **3.2.4 ØNH (funksjonsfordelt)**

Seksjon for øre-nese-hals har 4 fast ansatte overleger som er spesialister i øre-nese-hals. En av spesialistene er i tillegg allergolog. Det er en fast ansatt LIS-3. Avdelingen har godkjenning for inntil 3 år som utdanningsinstitusjon for lege i spesialisering. Avdelingen driver både poliklinisk og operativ virksomhet. Avdelingen driver poliklinikk 2 dager/mnd på Mo i Rana, samt ambulerer til Brønnøysund. Det er 7 ansatte audiografer som er tilknyttet avdelingen, og som er stasjonert i Sandnessjøen, på Mo i Rana og i Mosjøen. Det fylkeskommunale tannlegekontoret i Sandnessjøen er lokalisert på sykehuset og har tett samarbeid med ØNH-avdelingen.

### **3.2.5 Palliativ enhet**

Palliativ enhet har en fast ansatt overlege som er spesialist i både anestesiologi og psykiatri. I tillegg har enheten en fast ansatt kreftsykepleier. Enheten betjener både innlagte pasienter og pasienter som er ute i kommunene. Enheten har også tilknyttet ernæringsfysiolog, fysioterapeut, prest og sosionom.

### **3.2.6 Laboratoriet med blodbank**

Laboratoriet med blodbank i Sandnessjøen har hatt stabil bemanning over mange år, med jevn aldersfordeling. Avdelingen er utstyrt med moderne analysemaskiner og analyserepertoaret er det samme i Sandnessjøen og Mo i Rana. Vi betjener 11 legekantor helt fra Sømna og ut til Træna, mens Mo i Rana kun betjener 3 legekantor. Sandnessjøen har utarbeidet en solid

logistikk for transport av prøvematerialer fra alle legekantorene, noe som er viktig for pasientbehandling lokalt ved legekantorene. Vi har som eneste enhet i Helgelandssykehuset gjennomført kurs i blodtransfusjon for alle legekantorene og sykehjemmene i Sømna, Vega, Brønnøysund, Træna og Lurøy slik at blodtransfusjon kan utføres der hvor pasienten bor. Dette er spesielt viktig for bl.a. kreftpasienter som ikke tåler lang transport til sykehus. I tillegg har vi gjennomført transfusjonskurs for prehospital tjeneste slik de kan håndtere blodoverføring under transport med ambulansebil og -båt. Blodbanken har også etablert et godt samarbeid med legene ved helikopterbasen i Brønnøysund, og Sandnessjøen forsyner helikopterbasen med blodprodukter. Alt dette vil bli skadelidende ved eventuelle plassering av et sykehus i utkanten av regionen og langt fra primærhelsetjenesten i vårt langstrakte distrikt.

### 3.2.7 Område for AMK og prehospital tjenester

Leger ved Sandnessjøen sykehus har funksjon som AMK-leger med kontinuerlig vaktberedskap for hele Helgeland. Leger ved Sandnessjøen sykehus utfører tolkning av prehospital EKG fra alle ambulanser på hele Helgeland.

Ambulansefagarbeiderutdanningen er lokalisert til Sandnessjøen.

### 3.3 Oppsummering fagmiljø

Hvis vi ser på spesialitetene som er felles innen somatikken har Sandnessjøen 24 spesialister mens Mo i Rana har 15. Dersom vi teller med de funksjonsfordelte spesialistene, vil forskjellen være enda større til fordel for Sandnessjøen, 33 spesialister i Sandnessjøen og 20 på Mo i Rana.

**Tallene og beskrivelsene viser at Sandnessjøen sykehus har det klart største, bredeste og mest robuste fagmiljøet for legespesialister.**

### 3.4 Statistikk sykefravær

I lys av det høye sykefraværet ved sykehuset i Mo i Rana har vi sett på gjennomsnittlig sykefravær de siste 10 år i henholdsvis Rana og Alstahaug kommune. Statistikk (kommuneprofilen.no) viser at også i Rana kommune er det generelt høyere sykefravær enn i Alstahaug kommune.

Sandnessjøen sykehus har over tid hatt det laveste sykefravær i Helse Nord. Ved å bygge videre på fagmiljøet i Sandnessjøen er det derfor rimelig å anta at HSYK vil få en positiv økonomisk effekt i form av lavere variable lønnskostnader.

## 4 Pasienttransport på Helgeland

Helgeland er et utfordrende område for pasienttransport. Folk bor spredt, værforholdene begrenser bruken av luftambulans og 20 % av befolkningen er i dag avhengig av båt for å komme seg til sykehus. Rundt 10.000 mennesker bor på øyer uten fast veiforbindelse (3).

En av intensjonene med prosjektet Helgelandssykehuset 2025 er å redusere antallet helgelendinger som får sine spesialisthelsetjenester i andre helseforetak. Plassering av et felles akuttsykehus på Mo i Rana fører til økt pasientlekkasje, noe som også ressursgruppen erkjenner i sin rapport. I det lange løp påvirker dette også sykehusets omdømme og evne til å rekruttere dyktige fagfolk, fordi utstrakt lekkasje gir et svakere pasientgrunnlag og mindre fagmiljø. Dette er et svært viktig poeng når det gjelder lokalisering da fagmiljøene er en av faktorene som ressursgruppen har tillagt avgjørende vekt.

**For å unngå større pasientlekkasje må sykehuset plasseres sentralt på Helgeland.**

### 4.1 “Golden hour”

Rapporten fra ressursgruppen skriver i sin vurdering av reisetid: *Reiseutfordringene er betydelige på Helgeland ved alle alternative lokaliseringer av et stort akuttsykehus. Leirfjord gir kortest vektet gjennomsnittlig reisetid. Rana har lengst vektet gjennomsnittlig reisetid, men er også det stedet der høyest andel av befolkningen når sykehus i løpet av den første timen ved akutt skade/sykdom.(1)*

Rapporten slår altså fast at Leirfjord vil være det beste alternativet hvis man tar hensyn til alle innbyggerne på Helgeland. Til tross for dette anbefaler ressursgruppen at et sykehus plasseres på Mo. Konsekvensen av denne anbefalingen fører til at befolkningen på Mo kommer svært raskt til sykehus, mens resten av Helgelands befolkning vil få uforholdsmessig mye lengre reisevei enn i dag. Vi må regne med at dette fører til økt mortalitet og morbiditet hos befolkningen som ikke bor på Mo.

Videre i rapporten underbygger ressursgruppen sitt geografiske valg med begrepet «the golden hour». Det virker ikke til at de da har lest sine egne oppgitte referanser, eller i beste fall feiltolket litteraturen. **Det er ikke slik at «den gylne time/the golden hour» er en klokke**time. «The golden hour» er tidsvinduet fra skade/sykdom oppstår til pasient bør få adekvat behandling. Dette tidsvinduet vil være svært forskjellig fra sepsis til en sprukken hovedpulsåre.

Enhet for prehospitaltjenester har på bestilling fra den eksterne ressursgruppen utarbeidet en rapport som omhandler pasienttransporten på Helgeland. Rapporten ligger som referanse(3). Rapporten forteller oss hvorfor det store akuttsykehus ikke kan legges på Mo som geografisk er helt i utkanten på Helgeland.

**Det er altså ikke viktigst at den største andelen av befolkningen når sykehus innen en time, når resten av befolkningen får betydelig lengre reisetid. Ressursgruppen sin anbefaling av Mo i Rana innebærer at de som bor aller nærmest sykehuset prioriteres på bekostning av de som bor lengst unna.**

**Det viktigste er at hele befolkningen får redusert reisetiden så mye som mulig, det vil spare flest menneskeliv.**

#### 4.2 Luftambulanse

Helikopterbasen i Brønnøysund er plassert der for å dekke Nord-Trøndelag og Helgeland. I gjennomsnitt utføres ca 500 helikopteroppdrag per år, 2/3 av oppdragene er på Helgeland. Sentralisert sykehusstruktur vil gi større transportbelastning. Desentralisering av elektive tjenester vil i noen grad kompensere for det, men hovedtyngden av pasientene vil måtte transporteres til stort akutt sykehus uansett hvordan strukturen for øvrig organiseres. God luftambulansedekning er viktig for helsetilbudet i spredt bebygde deler av landet. Ambulansehelikopterets regularitet begrenses i betydelig grad av geografiske og klimatiske forhold.

Det er dokumentert at regulariteten for luftambulansen på Helgeland er så lav som 20-30 % i flere måneder av året. I 2007 ble det gjort en undersøkelse her på Helgeland angående luftambulansens regularitet for kommunene Vefsn, Grane og Hattfjelldal (innlandskommuner). I 4 av de mest værutsatte månedene (januar, februar, november og desember) klarte helikopteret kun å gjennomføre 1/3 av oppdragene. I følge ressursgruppen vil instrumentflyging kompensere for dette og i tillegg gi bedre regularitet. Erfaringen med dette helikopteret og instrumentell flyging, som har vært i drift på Helgeland siden 1.juni-18, viser tvert i mot lavere regularitet. Ressursgruppen trekker også frem planlagt avisingsutstyr på redningshelikopteret til 330-skvadronen som er plassert i Bodø. Redningshelikopterets hovedoppgave er søk og redning, og luftambulansetjeneste i Saltenregionen. Redningshelikoptret inngår ikke i Helgelandssykehuset primærressurser, og utfører kun 5-10 oppdrag her pr år. Det er ikke praktisk mulig med avisingsutstyr på ambulanshelikopteret i Brønnøysund.

**Dette innebærer at pasientene må fraktes med bil og båt. Det vil gi store deler av befolkningen uakseptabel lang reisevei (opptil 4 timer) ved plassering av sykehuset helt nord i regionen. Dersom sykehuset legges kystnært vil luftambulansen kunne fly til og fra sykehuset flere dager i året enn om sykehuset plasseres på innlandet. På dager hvor luftambulansen ikke kan fly som følge av været, vil plassering mer sentralt på Helgeland kunne berge flere liv pga. kortere reisetid med bakke transport enn om sykehuset legges til Mo i Rana.**

#### 4.3 Teknologi

Som en konsekvens av den anbefalte plasseringen på Mo, og de lange reiseavstandene dette medfører, foreslår ressursgruppen kompensierende tiltak som per i dag er på utprøvningsstadiet. De foreslår bruk av CT-maskin i ambulanse (finnes kun en i Norge per i dag) og mobil hjelm med mikrobølgeteknologi for raskere diagnostikk ved akutt hjerneslag.

**Dette er på forskningsstadiet og man vet ikke hvordan dette kan brukes i fremtiden, om det i det hele tatt kan tas i bruk. Dette vil uansett gjelde kun en pasientgruppe (akutt**

**hjerneslag). Fremtidige teknologiske nyvinninger kan ikke vektlegges når det skal besluttes ny sykehusstruktur på Helgeland.**

## 5 Fødetilbudet

Halvparten av Helgelands befolkning er kvinner, men dette gjenspeiles på ingen måte i ressursgruppens foreløpige rapport der fødeomsorgen ikke er nevnt. Det er vesentlig å sørge for et tilgjengelig og trygt fødetilbud når et felles akuttisykehus skal plasseres.

**Fødeavdelingen for hele Helgelands befolkning ikke kan ligge lengst nord i regionen, men må plasseres mer sentralt sør for Korgfjellet. Dette vil være til det beste for både mor og barn, samt deres familier.**

En fødeavdeling kan kun legges til et sykehus med akuttkirurgisk funksjon, i henhold til definisjon på et stort akuttisykehus. Vi har i dag fødeavdeling i Sandnessjøen og Mo i Rana, samt fødestue i Brønnøysund. Ved en sammenslåing av fødeavdelingene i Rana og Sandnessjøen vil vi få en fødeavdeling med vel 600 fødsler her på Helgeland. En fødeavdeling med over 600 fødsler kan også gi grunnlag for ei barneavdeling (jfr. Hammerfest sykehus). Da kan flere av kvinnene som i dag må sendes til Bodø (tvillinger, premature > uke 32) kunne føde lokalt. En del transporter av ikke-alvorlig syke nyfødte kan også unngås dersom det er muligheter for forsvarlig observasjon på lokalsykehuset. Dette vil kunne føre til at mange av de fødende som vi i dag selekterer til Nordlandssykehuset kan føde her hos oss.

*Dette vil være en berikelse i fagmiljøet som igjen vil gjøre det enda lettere å rekruttere fagfolk. Det vil også ha en stor betydning for det gynekologiske fagmiljøet.*

En fødeavdeling på Helgeland lokalisert lengst nord vil innebære svært lange reiseavstander for de fødende, og vi finner ingen tiltak som kan bøte på dette. Gjennom mange år har kvinnene i Norge fått et bedre og bedre fødetilbud, men ressursgruppen sitt forslag om lokalisering vil ødelegge dette og frarøve gravide kvinner den tryggheten de har i dag. I vår høringsuttalelse har vi sett på noen av konsekvensene på lang reisevei:

### 5.1 Fødestuer

Som følge av nasjonalt vedtatte og strengere seleksjonskriterier, samt økende ønske om smertelindring fra kvinnen selv, kvalifiserer færre og færre fødende til å kunne føde på ei fødestue. Vi ser en kraftig nedgang både i fødsler på hver fødestue, samt antall fødestuer på landsbasis. Vi henviser til oversiktsartikkel «Fødestue – fra nyvinning til nedleggelse» av Bjørn Backe i Tidsskrift for Den norske legeforening publisert 12. juni 2018 (6). Artikkelen bekrefter at opprettelsen av nye fødestuer ikke hører hjemme innenfor moderne obstetrikk nettopp pga. seleksjonskriterier og kvinnens eget ønske om tilbud som kun en fødeavdeling kan gi.

**Vi mener derfor at opprettelse av nye fødestuer som kompensasjon for lang reisevei er ikke veien å gå.**



## 5.2 Følgetjeneste

Ved å plassere et felles akuttsykehus på Mo vil vi få et økende behov for følgetjeneste. Dette er en lovpålagt tjeneste hvor fødende skal ha følge av kompetent personale når den fødende har mer enn 90 minutters reisevei inn til fødeavdelingen. Med kompetent personale menes jordmor og/eller lege. Per i dag er det mange kommuner som ikke har ansatt egne jordmødre til å følge opp sine gravide, men kjøper denne tjenesten fra HSYK i Sandnessjøen og Mo i Rana.

Å etablere følgetjenester ute i de ulike kommunene vil gi:

1. Økte kostnader for foretaket.
2. Økte kostnader for kommuner.
3. Økt fare for manglende legedekning i kommunen de gangene lege må følge fødende.
4. Utfordringer i å rekruttere og opprettholde oppdatert kompetanse hos følgetjenesten.

## 5.3 Transportfødslar

Vi ønsker her å henvise til Hilde Engjoms disputas den 15. mars 2018 som viser at fødsel utenfor institusjon gir en tredobling av risiko for fatal utgang sammenlignet om barnet forløses på institusjon (7).

Studien viser også at komplikasjoner hos mor øker ved lang reisevei. H.Engjoms materiale baserer seg på tall fra Medisinsk fødselsregister. Det er små tall, men det er viktig å påpeke at lang transportvei vil føre til økt risiko for fødsler under transport. Ved å legge sykehuset i ytterkanten av regionen vil mange fødende få uakseptabel lang reisevei

## 6 Psykisk helse og rus

Utdrag fra Ekstern ressursgruppe sin rapport:

«Ressursgruppen er kjent med at Helgelandssykehuset vurderer opprettelse av en akutt-psykiatrisk avdeling. Nasjonal helse- og sykehusplan uttaler følgende: «Regjeringen legger også til grunn at store deler av tilbudet ved de tradisjonelle psykiatriske sykehusene fases ut i takt med at nye og bedre tjenester samlokaliseres i alminnelige sykehus og distrikts-psykiatriske sentre» (10). I høringsnotatet fra regional utviklingsplan i Helse Nord er det beskrevet at Helse Nord vil, ved nybyggprosjekter, samlokalisere psykisk helsevern med somatiske helsetjenester for å legge til rette for bedre kvalitet på tjenestene (2). Dersom det konkluderes med opprettelsen av en akutt-psykiatrisk avdeling ved Helgelandssykehuset, er ressursgruppen av den oppfatning at etableringen bør skje i tilknytning til det store akuttpsykehuset.» (1)

Fagområdet Psykisk helse og rus er ikke omhandlet i rapporten, og en registrerer også at heller ingen deltagere i ressursgruppen har bakgrunn fra psykisk helse- eller rusfeltet. Dermed antas det at fremtidig helsetilbud til mennesker på Helgeland med psykiske vansker og rusproblematikk, ikke er utredet i denne omgang.

### 6.1 Døgntilbud

Føringer fra helsemyndighetene signaliserer samlokalisering av døgntjenester innen psykisk helse og rus i nærheten av somatisk akuttfunksjon, med mål om et best mulig helhetlig helsetilbud, likeverdig behandlingstilbud for somatikk og psykisk helse og rus, og likhet i pasienttilbudet. Jmf. ø-hjelpstilbud per i dag, hvor alvorlig akutte pasienter må reise til Bodø.

### 6.2 Akutt-tilbud

Vi har i alle år manglet akutt-tilbud på Helgeland med vaktordning 24/7 for denne pasientgruppen. Tall fra AMK viser økende antall transporter forrige år, og allerede i mars 2018 var fjorårets budsjett for transport av denne pasientgruppen brukt opp.

Ved å plassere akuttpsykehuset på Mo, og samlokalisere somatikk og psykisk helse/rus der, forbedrer vi ikke tilbudet for psykiatriske akuttpasienter på store deler av Helgeland. Det vil fortsatt medføre uhensiktsmessig ulikhet i reisetid for pasientene, redusert fremkommelighet med tanke på geografi og værforhold, og vi ser i hovedsak ingen bedring av akutttilbudet for våre pasienter i store deler av regionen.

Forøvrig gjelder de samme omstendigheter for alle akuttpasienter. Enten det er somatikk eller psykisk helse og rus. De trenger også; nærhet til tjenesten, transporttid (gjelder spesielt nå pasienter som er til fare for seg selv eller andre og ved fare for akutt forverring), fremkommelighet og nærhet til pårørende.

Med en slik løsning vil flere pasienter få en byrde, enn antall det vil gagne. Pasienter fra sørfylket og øyene får opptil 5 timers reisevei for å komme til riktig behandlingssted. Det mener vi er uverdige og dårlige ivaretagelser av psykisk syke pasienter. Akuttpsykiatriske pasienter kan være psykotiske, suicidale og/eller til fare for seg selv eller omgivelsene.

En plassering av akutttilbud på Mo i Rana vil føre til nedleggelse av dagens døgntilbud på Midt-Helgeland. Det ser vi på som svært uheldig da vi har klart å bygge opp et faglig godt, stabilt og kostnadseffektivt døgn tilbud her.

### 6.3 Ressurser

Rus og psykiatri er i dag lokalisert med poliklinikker både Sandnessjøen og Brønnøysund. Tabellen under angir fordelingen av antall besatte og vakante stillinger i rus- og psykiatri ved Psykiatrisk Senter Ytre Helgeland, som vil kunne være med å bygge opp et akutt-psykiatrisk tilbud dersom sykehuset bli plassert sør for Korgfjellet. Dette i samarbeid med det allerede kvalitetsmessige gode og stabile fagmiljøet som er etablert i Mosjøen.

VOP og AAT i Sandnessjøen	VOP og AAT Brønnøysund	BUP i Sandnessjøen	BUP i Brønnøysund
1 psykiater 2 LIS leger 1 Psykologspesialist 5 psykologer som alle er i spesialisering 3 spesialsykepleiere 3 spesial vernepleiere 2 spesial sosionomer 3 annen utdanning med relevant videreutdanning	2 psykiatere 2 LIS leger 1 Psykologspesialist 4 psykologer alle i spesialisering 1 psykomotorisk fysioterapeut 5 spesialsykepleiere 1 spesialsosionom	1 Psykologspesialist vakant og utlyst 0,5 psykiater vakant 1 psykolog i spesialisering 1 spesial barnevernspedagog 2 spesialsosionom 1 spesialpedagog 3 annen utdanning	0,6 Psykiater 1 Psykologspesialist 2 psykologer i videreutdanning 1 spesialsosionom 2 spesialsykepleiere 1 spesial barnevernspedagog

Ved å legge akuttpsykehuset sør for Korgfjellet vil vi kunne gi denne pasientgruppen en nærhet til tjenestetilbudet, og vi vil hensyn ta både sør-fylket og øy befolkningen på en langt bedre måte enn ved å plassere det i ytterkant av regionen vår. Det er svært sjelden vi får rekvirert fly eller helikopter til denne pasientgruppen, og bakketransport er gjeldende i de aller fleste tilfeller.

For oss er det viktig å poengtere at befolkningen på Helgeland bor spredt og vi må etterstrebe å ivareta hele befolkningen. Derfor må det akutte tilbudet sentreres geografisk – midt på Helgeland og ikke i en utkant av regionen.

## 7 Kvalitet

Vi mener at god kvalitet er et kjennetegn ved et kompetent og robust fagmiljø. HSYK Sandnessjøen jobber svært godt med kvalitet. Det har resultert i flere forbedringspriser fra Helse Nord.

### 7.1 Forbedringspriser

I 2015 fikk vi pris for innføring av risikotavler på sengeposten, og i 2016 fikk vi pris for vårt nærværprosjekt, noe som resulterte i markant nedgang i sykefravær. Blodbanken har også fått hederlig omtale for sitt prosjekt for forbedring av rutiner ved blodtransfusjon, og gjennomføring av opplæring til kommunene slik at blodtransfusjon kan utføres på sykehjem.

I 2018 mottok vi på nytt forbedringspris fra Helse Nord, denne gangen for å ha utviklet et system som sikrer kvaliteten på mottaket av de aller sykeste pasientene, BEST. Vi har BEST-team for nyfødte, barn, medisinske og kirurgiske voksne, samt traume. Sammen med et samlet akuttmedisinsk miljø i landsdelen ønsker vi i Sandnessjøen at dette skal bli en mal som alle sykehus kan og skal bruke.

#### Utdrag fra Oppdragsdokumentet 2019 for Helse Nord:

*«Det skal jobbes med å utarbeide forslag til sjekklister for prosedyrer, kvalitetsmål og utstyr akuttmottak for mottak av akutt syke pasienter. Helgelandssykehuset skal lede dette arbeidet.»*

### 7.2 Kvalitetsregistre

Vårt gode arbeid innen kvalitet gjenspeiler seg også i de Nasjonale kvalitetsregistre (8);

- Fødeavdelingen i Sandnessjøen ble i 2018 best i landet på kvalitetsindikatorerne som omhandler relasjon til personalet og organisering på fødeavdelingen.
- Helgelandssykehuset i Sandnessjøen er ifølge en årsrapport fra Norsk hjerneslagregister 2017 det sykehuset i landsdelen hvor prosentvis flest hjerneslagpasienter får trombolyse.
- Vi scorer også svært høyt på andel pasienter som legges inn og behandles i slagenhet.
- Vi høy dekningsgrad (100 %) til hjerteinfarktregisteret, med meget god måloppnåelse på indikatoren Revaskularisert ved STEMI.
- For gynekologisk avdeling har Laparoskopiregisteret, NGER, høy dekningsgrad og gode resultater.

### 7.3 Fristbrudd

Kvalitet kan også måles i ventetid og fristbrudd. Vi har svært få fristbrudd, kun 0,3 %. På landsbasis er det 2,2 %. Mo i Rana derimot har en større utfordring med 6,8 % fristbrudd. For å avhjelpe Mo i Rana har Sandnessjøen bl.a. tilbudt coloskopi for pasienter som tilhører deres opptaksområde. Vi har ingen pasienter på venteliste etter passert frist for start av helsehjelp, og ligger godt under gjennomsnittlig ventetid på landsbasis med 45 dager (9).

Vi har svært få sykehus påførte infeksjoner hos oss. Nasjonalt skal det gjennomføres 2 prevalensundersøkelser pr år (NOIS). HSYK gjennomfører på eget initiativ måling av sykehus påførte infeksjoner ved prevalensundersøkelser 4 ganger pr år. Resultatet fra prevalens for 2018 viser at vi i Sandnessjøen hadde kun 1.5 % sykehus påførte infeksjoner. Landsgjennomsnittet er på 3.5 % (10).

## 8 Ansatte og reisetid til jobb

Ressursgruppen oppgir i sin rapport:

*«Arbeidsmarkedene til byene verken overlapper eller tangere, og det er så godt som ingen pendling mellom de tre byene. Vi kan derfor anta at de fleste vil bo i den byen sykehuset ligger... Vi ser at de fleste velger bosted og arbeidssted slik at arbeidsreisene blir relativt kort. Vi ser at de er få som velger arbeidsreiser som tar lengre tid enn 21 minutter.»(1)*

Ressursgruppen bruker tall fra før Toven tunnel åpnet for å vise at det er lite pendling mellom Mosjøen og Sandnessjøen. Her mener vi det er konkludert på feil grunnlag i forhold til at tallene kan brukes som argument for å velge plassering på Mo i Rana. Vi har i dag flere fra vår stab som pendler Sandnessjøen-Mosjøen. Videre har vi mange ansatte som pendler inn til oss fra Leirfjord, Herøy og Dønna. Vi stiller derfor spørsmål ved antagelsen om at få velger arbeidssted som det tar lengre enn 21 minutter å pendle inn til. Det kan også nevnes at det i følge Google Maps tar 17 minutter å kjøre fra Sandnessjøen sentrum til Leland som er sentrum i Leirfjord kommune. Vi vil hevde at det er flere strekninger både internt i Alstahaug og internt i Mo i Rana som også tar 17 minutter å kjøre, uten at dette blir definert som pendling.

### 8.1 Questback

Vi ønsket å undersøke hva som var viktig for våre ansatte ved valg av arbeidssted her på Helgeland. Vi gjennomførte derfor en questback (vedlegg 1) blant våre ansatte med 91 % oppslutning. Resultatet viser at pendlerviljen er stor, og at det ikke er størrelse på byen som er viktig i valg av arbeidssted. 84 % oppgir at godt arbeidsmiljø er den viktigste faktoren for valg av arbeidssted.

Ressursgruppen oppgir at Mo i Rana fremstår som *“mest attraktivt å rekruttere til”*(1) som følge av at byen er vesentlig større enn de andre byene på Helgeland. Ifølge vår undersøkelse stemmer ikke dette. Vi antar at resultatet av vår undersøkelse er påvirket av at de spurte har valgt å bo og jobbe her allerede. Undersøkelsen er ment som et innspill til at det finnes andre årsaker til å velge bosted enn det som er vektlagt i rapporten. Attraktiviteten og fortrinnet til et lite sted økes ved at logistikken er effektiv og forenkler hverdagen, kontra i en større by. I tillegg folk villige til lengre reisevei dersom arbeidsplassen er attraktiv.

**Vår undersøkelse viser at ved å plassere et felles akuttsykehus sør for Korgfjellet, vil svært mange av de ansatte ved sykehuset i Sandnessjøen være villig til å pendle for å komme seg på jobb, hvis hensynet til felles beste for Helgeland tilsier en plassering utenfor bykjernen. Det gjør at fagmiljøet i Sandnessjøen fortsatt vil kunne være en viktig del av HSYK 2025 hvis plasseringen legges til annet sted enn Mo i Rana, men samtidig innen rimelig reisetid fra Sandnessjøen.**

## 9 Befolkningsvekst, boliger og variert jobbmarked

For å rettferdiggjøre valgt plassering av stort akuttsykehus til Mo i Rana tar ressursgruppen opp tema som befolkningsvekst, boliger og variert jobbmarked. En analyse utarbeidet av Oslo Economics (2) på oppdrag fra Alstahaug kommune har kartlagt både Alstahaug og Rana som vertskommuner for et felles sykehus. I rapporten konkluderes det med at forskjellene for bolig og arbeidsmarked er marginale mellom Sandnessjøen og Mo i Rana. Her konkluderes det med at pasientsikkerheten må veie tyngst, samt at de samfunnsøkonomiske konsekvensene vil bli desidert størst i Sandnessjøen hvis byen mister sykehuset. Vi ønsker bare kort å kommentere disse punktene.

### 9.1 Befolkningsvekst

I rapporten er det skissert at befolkningsgrunnlaget for dagens sykehusområder vil øke fra 2017 til 2040 på følgende vis:

Sykehusområde	2017	2040	% økning
Mo i Rana	33797	35182	4.1 %
Sandnessjøen	26999	29248	8.3 %
Mosjøen	16339	16195	-1.24 %

Tabellen viser at Sandnessjøen har størst prosentvis befolkningsvekst frem mot 2040.

Ser vi på Sandnessjøen og Mosjøen som et felles område vil befolkningsgrunnlaget vårt være 45443 mot Mo i Rana sine 35182, altså 10261 flere sør for Korgfjellet enn nord for Korgfjellet.

Det er noe ulogisk ved å benytte stipulert befolkningsvekst som en viktig faktor for plassering av et felles akuttsykehus. Plasseringen vil i seg selv være en sterk faktor for påvirkning og endring av bosettingsmønsteret og arbeidsmarkedet på Helgeland, og derav endre befolkningsveksten tilsvarende.

Dette fenomenet nevnes også av ressursgruppen, men de omtaler ikke konsekvensene det vil ha for hver av byene isolert sett å miste sykehuset. Det vil få svært store negative ringvirkninger for Sandnessjøen og Alstahaug kommune hvis sykehuset blir nedlagt.

### 9.2 Boliger

*«Et variert tilbud av gode boliger og boligområder med god kvalitet kan forventes å bidra positivt når man skal rekruttere arbeidstakere til et sted.»*

*«Gruppen ser likevel at Mo i Rana kommer best ut når det gjelder vesentlige kvaliteter som ... et mer variert tilbud av gode boliger og boligområder.»(1)*

Det kommer klart frem av rapporten at det ikke er gjort noen undersøkelser for å finne ut hvilken kvalitet det er på boligmassen på Mo i Rana. Den faktiske kvaliteten på boligene i Rana blir beskrevet i den boligpolitiske planen for Rana for perioden 2012-2022 (4):

*«Den største andelen av boligene i Rana er bygd for 30 – 60 år siden, og boligbyggingen har flatet ut og avtatt siden 1980-tallet. På et vis kan det sies at morgendagens boliger allerede er bygd ... For å sette dagens boligmasse i stand til å møte morgendagens krav er det behov for renovering, modernisering og tilrettelegging.»*

Videre brukes det argumenter som at Mo i Rana har større andel blokkbebyggelse og dermed en større bredde og variasjon i boligtilbudet.

**Det vil være tilbud og etterspørsel som blir gjeldende med tanke på boliger. Økt tilflytting vil føre til økt utbygging. På bakgrunn av dette mener vi at argument som bolig ikke er et argument som bør vektlegges med tanke på plassering av felles sykehus.**

### 9.3 Variert jobbmarked

Ekstern ressursgruppe har i sin anbefaling lagt vekt på det største jobbmarkedet er avgjørende for rekrutteringsmulighetene. Vi henviser igjen til rapporten fra Oslo Economics (2) som konkludert med at Rana har et mer variert jobbmarked, men at jobbmarkedet i Alstahaug er godt nok og at hensynet til pasientsikkerheten derfor må veie tyngre. Tall fra kommuneprofilen.no viser at 27.5 % av befolkningen i Alstahaug kommune har høyere utdannelse sammenlignet med Mo i Rana som har 25.4 %.

Nabokommunene Alstahaug, Leirfjord, Herøy, Dønna og Vefsn bør betraktes som et felles jobbmarked. Våre undersøkelser viser at viljen til pendling er stor, og vi mener det er representativt også for eventuelle partnere til de sykehusansatte. Et sykehus i seg selv avler flere arbeidsplasser, både i utbyggingsfase og i driftsfase. Utbygging av nærområdet vil også generere arbeid. Ved å se på alle disse kommunene som et felles jobbmarked har vi mye å tilby både innen havbruk og fiskeri, olje, industri, utdanning, service, turisme i tillegg til helse. Havbruk er den største vekstnæringen på Helgeland, og foregår kun på kysten.

**Vår oppfatning er at ressursgruppen har vært for snever når de har sett på hvor variert jobbmarkedet er i de forskjellige kommunene. Vi mener derfor at slik de argumenterer i sin rapport blir direkte feil og bør overhodet ikke tillegges noe vekt.**

## 10 Konklusjon

Hele befolkningen på Helgeland må få et likeverdig helsetilbud. Vi er derfor sterkt uenige i ressursgruppens valg om anbefalt plassering på Mo i Rana. Valg av Mo i Rana medfører et godt helsetilbud til de som bor på Mo i Rana, mens majoriteten av Helgelands befolkning får et mye dårligere tilbud.

Ressursgruppa gir i sin rapport en oversikt over hvilke kriterier de har lagt til grunn for sin anbefaling. Det største fagmiljøet og best rekrutteringsevne tillegges avgjørende vekt. Ressursgruppa har ikke gjort en vurdering av hverken fagmiljø eller rekrutteringsevne, men baserer seg på generelle antagelser om hvor det er best fagmiljø og rekrutteringsevne i HSYK. I vår høringsuttalelse har vi vist at det mest solide fagmiljøet og den beste rekrutteringsevnen er i Sandnessjøen.

**Basert på de samme kriteriene som ressursgruppen har brukt viser vi at et felles akuttsykehus må plasseres kystnært og sør for Korgfjellet.**



## 11 Kildehenvisninger

1. Helgelandssykehuset 2025. Rapport fra ekstern ressursgruppe. **Foreløpig rapport 3. desember 2018**

[https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppen/Rapport%20031218/Helgelandssykehuset\\_Rapport%20fra%20ekstern%20ressursgruppe.pdf](https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppen/Rapport%20031218/Helgelandssykehuset_Rapport%20fra%20ekstern%20ressursgruppe.pdf)

2. **Analyse av lokalisering av et stort akutt sykehus på Helgeland**

Utarbeidet på oppdrag fra Alstahaug kommune Oslo Economics, oktober 2018

<http://osloeconomics.no/wp-content/uploads/OE-rapport-2018-34-Sykehusstruktur-Helgeland-.pdf>

3. **Pasienttransport på Helgeland-akutte transporter og planlagte reiser**

<https://helgelandssykehuset.no/seksjon/Helgelandssykehuset2025/Documents/Ressursgruppen/transport%20Helgelandpdf.pdf>

4. **Boligpolitisk plan for Rana kommune 2012-2022**

[https://www.rana.kommune.no/politikk/moteplan\\_saksdokumenter/Documents/Vedlegg%20sak%2099-12.pdf](https://www.rana.kommune.no/politikk/moteplan_saksdokumenter/Documents/Vedlegg%20sak%2099-12.pdf)

5. Virksomhetsportalen

<http://tos-sasva->

[web.hn.helsenord.no/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?saspfs\\_request\\_backurl\\_list=http%3A%2F%2Ftos-sasva-](http://web.hn.helsenord.no/SASVisualAnalyticsViewer/VisualAnalyticsViewer.jsp?saspfs_request_backurl_list=http%3A%2F%2Ftos-sasva-)

[rmination& vaSectionName=vi783309](http://web.hn.helsenord.no%2FSASVisualAnalyticsHub&saspfs_request_backlabel_list=Hjem&saspfs_request_path_url=SBIP%3A%2F%2FMETASERVER%2FHelgelandssykehuset%2FDashboard%2FDashboard%28Report%29&saspfs_request_entitykey=A51OJMGZ.AX0003HC%2FTransfo&vaSectionName=vi783309)

6. Fødestuer- fra nyvinning til nedleggelse

<https://tidsskriftet.no/2018/06/leder/fodestuer-fra-nyvinning-til-nedleggelse>

7. Hilde Engjom

<https://www.uib.no/nye-doktorgrader/115790/reiseavstand-og-f%C3%B8dselstaden-og-barn>

8. <https://www.kvalitetsregistre.no/resultater>

9. <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/fristbrudd-for-pasienter-p%C3%A5-venteliste-i-somatisk-helsetjeneste>

10. [https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=KI\\_prevalens\\_infeksjoner\\_sykehus](https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=KI_prevalens_infeksjoner_sykehus)

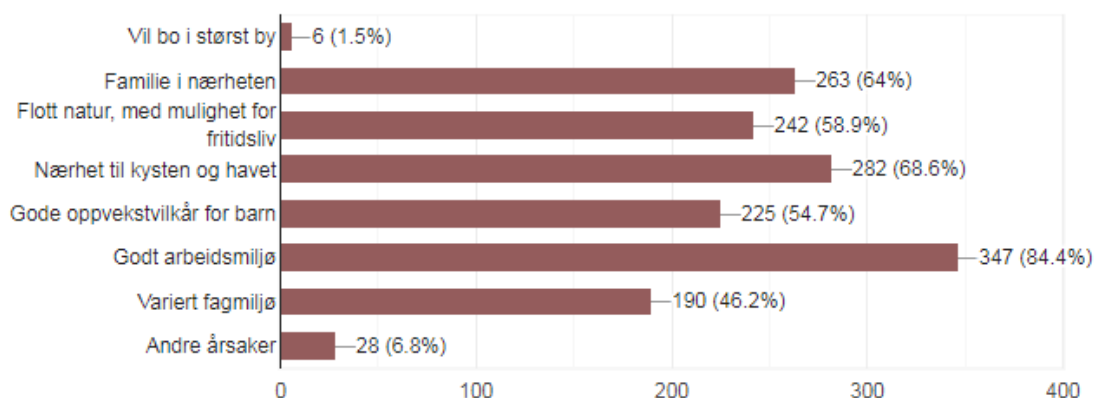
## 12 Vedlegg

### 12.1 Vedlegg 1

<b>Spørreundersøkelse om HSYK 2025 og den foreløpige eksterne ressursgruppens rapport og lokaliserings konklusjon</b>	
Utsendelse dato	18. januar 2019
Svar frist	28. januar 2019
Sendt via	Epost til den enkelte
Antall ansatte i Sandnessjøen som spørreundersøkelsen er sendt til	450
Antall svar	411
Svarprosent	91,3 %

#### Hva er viktigst for deg, ved valg av arbeidsted på Helgeland (flere valg)

411 responses



Ekstern ressursgruppe oppgir at Mo i Rana fremstår som *“mest attraktivt å rekruttere til”*(1) som følge av at byen er vesentlig større enn de andre byene på Helgeland. Vår undersøkelse viser at det er kun 1,5 % av de ansatte i Sandnessjøen som vil velge arbeidsted med begrunnelsen at de ønsker å bo i den størst byen på Helgeland.

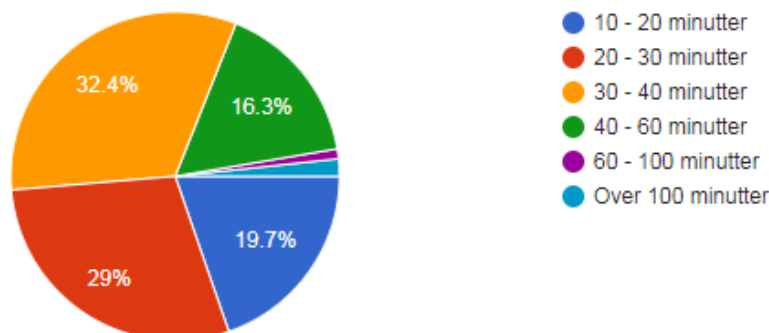
Hele 84 % oppgir at godt arbeidsmiljø er den viktigste faktoren for valg av arbeidsted. Sandnessjøen har det lavest sykefraværet i HSYK og i hele Helse Nord med 5.8 % i 2018. Det mener vi er en god indikator som gjenspeiler det gode arbeidsmiljøet vi har hos oss.

Videre oppgir nesten 69 % at de helst vil ha sitt arbeidsted i nærhet av kysten og havet. Familie, fritidsliv, oppvekstvilkår for barn, variert fagmiljø har hver ca. 50 % oppslutning. Dette forteller oss at det er viktig for våre ansatte å fortsatt kunne bo i Sandnessjøen. Sandnessjøen oppfyller alle de overnevnte kriteriene. Det vil derfor være viktig og ikke minst riktig å plassere et felles sykehus slik at dagens ansatte i Sandnessjøen fortsatt kan være en del av HSYK 2025. Mo i Rana vil ikke kunne innfri våre ansattes ønsker jfr. undersøkelsen.

Vi mener derfor å kunne påstå at kun et fåtall av dagens ansatte her i Sandnessjøen kan tenke seg å flytte til Mo i Rana.

## Hvor langt er du villig til å pendle, ved nytt sykehus HSYK 2025. Gjelder en vei. (Ett valg)

411 responses



Resultatet av undersøkelsen viser at det er kun 3 % av våre ansatte som er villige til å pendle fra 60 minutter til over 100 minutter. Undersøkelsen viser at alle ansatte som har besvart er villige til å pendle mellom 10-20 minutter en vei, dvs. opptil 40 minutter tur/retur.

29 % er villige til å pendle mellom 20-30 minutter, 32 % mellom 30-40 minutter mens 16% sier seg villige til å pendle mellom 40-60 minutter. Vi tenker at de som er villige til å pendle opp mot 60 minutter også er villige til å pendle litt kortere. Det gjør at ca. 49 % av dagens ansatte er villige til å pendle mellom 30-40 minutter. Det viser oss at ved å plassere felles akutt sykehus sør for Korgfjellet vil svært mange av de ansatte i Sandnessjøen være villig til å pendle for å komme seg på jobb, og at vårt fagmiljø fortsatt vil kunne være en viktig del av HSYK 2025.

Vi konkluderer derfor med at det er stor pendling vilje hos våre ansatte og at Ekstern ressursgruppe nok en gang tar feil i sine antagelser og argumenter for valgt plassering på Mo i Rana.

# Undersøkelse angående rekruttering og pendlingsvilje i forbindelse med HSYK 2025

\*Må fylles ut

Bilde tatt av: Lars-Kristian Andersen



Hva er viktigst for deg, ved valg av arbeidsted på Helgeland (flere valg) \*

- Vil bo i størst by
- Familie i nærheten
- Flott natur, med mulighet for fritidsliv
- Nærhet til kysten og havet
- Gode oppvekstvilkår for barn
- Godt arbeidsmiljø
- Variert fagmiljø
- Andre årsaker

Hvilken transport bruker du til jobben? (Ett valg) \*

- Går
- Sykkel
- Bil
- Buss
- Ferge eller båt
- Bil og ferge eller båt

Hvor langt er du villig til å pendle, ved nytt sykehus HSYK 2025. Gjelder en vei. (Ett valg) \*

- 10 - 20 minutter
- 20 - 30 minutter
- 30 - 40 minutter
- 40 - 60 minutter
- 60 - 100 minutter
- Over 100 minutter

Hva er din reise tid per i dag i minutter? (Ikke obligatorisk)

Svaret ditt

## 13 Avsender og signaturer

Signatur på vegne av alle avdelingsledere

Avdelingsleder for lab m/blodbank Mohamed Ziedoy

### 13.1 Avdelingsledere

<b>Navn</b>	<b>Avdeling</b>
Govasli Laila Iversen	Fysikalsk medisin
Tomine Dalen	Medisinsk sengepost
May Britt Larsen	Intensiv
Mohamed Ziedoy	Lab m/blodbank
Sølvi Hestnes	Føden
Ann Iren Melstein	Kir sengepost
Annabel Suarez	Med pol
Ana Elisabet Øyen	Røntgen
Gunnar Holmvik	BUP
Lene Switynk	VOP
Solvang Ann Kristin Gaustad	Kir pol
Petter Dahle	Kir leger
Monica Storkjørren	Medisinsk leger
Irene Gjengaar	Operasjon/Anestesi
Camilla Vollan	Avdeling for Rehabilitering